

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en
estudiantes adolescentes de la I.E. Manuel Gonzalez
Prada de Ate en el 2015**

TESIS

Para optar el titulo de Medico Cirujano

AUTOR

Jorge Romel Zavaleta Huamanyauri

Lima – Perú

2015

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN	04
CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL ESTUDIO	06
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	06
1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	08
1.3.- MARCO TEÓRICO.....	14
1.4.- HIPÓTESIS.....	19
1.5.- OBJETIVOS.....	19
1.5.1.- OBJETIVO GENERAL.....	19
1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	21
2.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	21
2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	21
2.3.- UNIVERSO.....	21
2.4.- MUESTRA.....	21
2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	22
2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	22
2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	24
2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE.....	24
2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE.....	24
2.7.3.- VARIABLES INTERVINIENTES.....	24
2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26

2.8.1.- TÉCNICA.....	26
2.8.2.- INSTRUMENTO.....	26
2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	26
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	28
3.1.- RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	36
4.1.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	36
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
5.1.- CONCLUSIONES.....	42
5.2.- RECOMENDACIONES.....	42
CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA.....	43
6.1.- BIBLIOGRAFÍA.....	43
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	50
7.1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50

RESUMEN

Objetivos: identificar los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes del I.E Manuel González Prada durante los meses de enero a febrero del 2015.

Material y métodos: el estudio fue de tipo cuantitativo de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 145 casos (adolescentes con depresión) y 145 controles (145 adolescentes sin depresión) en el periodo que corresponde al estudio. Se uso una ficha de datos la cual fue validada por médico asistente del servicio de Psiquiatría. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 21.

Resultados: el 61 % fueron mujeres y el 39 % fueron varones. La media global de la edad fue de 13,7+/-2,5 años, siendo la mínima edad de 12 años y la máxima de 17 años. El 38,6 % tuvieron antecedente de episodio depresivo. El 32,1 % de los pacientes tuvieron a la madre como familiar con diagnóstico de transtorno depresivo. El 22,8 % tuvo antecedente de suicidio de un familiar. La disarmonía de mayor frecuencia fue la separación de los padres (34,8 %). El 30,3 % tuvieron familiares con enfermedad crónica grave. El 11% hacían uso de sustancias, la violencia intrafamiliar de mayor frecuencia fue la violencia psicológica. El estresor de mayor frecuencia fue el conflicto con los compañeros de clase (39 %).

Conclusiones: los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes fueron el abuso de sustancias, la disarmonía y violencia familiar, el tener un familiar de primer grado con depresión, el antecedente de episodio depresivo previo, y el estresor social. ($P < 0,05$)

Palabras clave: factores, depresión, adolescentes.

ABSTRACT

Objectives: To identify risk factors associated with depressive disorder in adolescents IE Manuel González Prada during the months of January and February 2015.

Material and methods: The study was quantitative case-control. The sample consisted of 145 cases (adolescents with depression) and 145 controls (145 adolescents without depression) in the period covered by the study. A fact sheet which was validated by an attending physician psychiatry service use. For data analysis program SPSS version 21 was used.

Results: 61% were female and 39% were male. The overall mean age was 13.7 +/- 2.5 years, with a minimum age of 12 years and maximum 17 years. 38.6% had a history of depression. 32.1% of patients had a mother and family diagnosed with depressive disorder. 22.8% had a history of suicide of a family member. The most frequent disharmony was the separation of parents (34.8%). The 30.3% had family members with serious chronic illness. 11% were using substances, domestic violence was most frequent psychological violence. The most frequent stressor was the conflict with classmates (39%).

Conclusions: Risk factors associated with depressive disorder in adolescents were substance abuse, family violence and disharmony, having a first-degree relative with depression, history of previous depressive episode, and social stressor. ($P < 0.05$)

Keywords: factors, depression, adolescents.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es conocida en sus inicios con el nombre de melancolía; aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la antigüedad. El origen del término se encuentra, en Hipócrates, aunque recién en 1725, Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y tratamiento alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la psiquiatría biológica y el despegue de la psicofarmacología, pasa a convertirse en una enfermedad más, susceptible de tratamiento y de explicación bioquímica. (1)

La depresión, según informe de la Organización Mundial de la Salud aparece como la principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10 causas principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial. La depresión es el más común y extendido de todos los trastornos psiquiátricos, y afecta a un gran número de personas no sólo a individuos sino a familias, y por ende a la sociedad. También afecta negativamente a la economía a través de la disminución de la productividad al impedir el desarrollo de todo el potencial de los recursos humanos. (2,3)

En la actualidad su abordaje ha empezado a cobrar un mayor interés por el incremento de su frecuencia en diversas etapas de la vida, siendo de especial importancia el impacto que genera en el desarrollo personal de los adolescentes. Es así que en adolescentes con quejas físicas no explicadas como cefaleas o dolores abdominales, desafiantes y negativistas, que se nieguen a participar en la escuela, presenten en realidad un cuadro depresivo subyacente y solamente se llegue a este diagnóstico después de una adecuada y minuciosa evaluación.(4,5)

Los problemas de salud mental en la población pediátrica constituyen una consulta frecuente para los médicos que atienden a dicha población. Los estudios nacionales y extranjeros muestran prevalencias de patología psiquiátrica infantil que fluctúan entre un 15% y un 30% en la población infantil general. Esta alta prevalencia, sumada a la escasez de psiquiatras especializados en adolescentes, hace indispensable que pediatras y médicos generales resuelvan una alta proporción de esta morbilidad. (6)

A pesar que en otros países se ha informado al respecto, con algunas discrepancias respecto a ciertos factores encontrados, es posible que esta investigación aporte al conocimiento de los principales componentes relacionados a esta enfermedad. Por lo tanto se abre la necesidad de conocer los factores de riesgo asociados a los trastornos depresivos en adolescentes en nuestra realidad con mayor profundidad.

1.2.- Antecedentes del problema

Ulloa-Flores (2011), refiere que el trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes es un trastorno común y discapacitante, a menudo recurrente, que persiste hasta la edad adulta y se ha asociado a disfunción familiar, social y escolar y a la conducta suicida. El tratamiento farmacológico debe considerar la comorbilidad. La psicoeducación es el primer componente del tratamiento psicosocial. La psicoterapia tiene como objetivo la reducción de la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, de la tolerancia a la frustración, de la autonomía y de la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria. La terapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual han mostrado eficacia en niños y adolescentes en ensayos controlados. Es importante el seguimiento de los pacientes para evitar las recaídas y complicaciones como la conducta suicida (39).

Chaskel, Roberto (2006), refiere que los trastornos del ánimo siguen siendo los mejores predictores de suicidio en adolescentes. Entre más temprano se instala el trastorno del humor, mayor es el riesgo de suicidio y de intentos de suicidio. El síntoma depresión no es sinónimo de tristeza o infelicidad, pero ambos son elementos de la depresión. La depresión como síndrome requiere la combinación de signos y síntomas que en el caso de los niños, por ser individuos en desarrollo, es de forma y cantidad variables. La depresión de niños

y adolescentes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos y psiquiátricos, el desempeño escolar y la familia. En las clasificaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Psiquiátrica Americana los criterios de depresión son esencialmente los mismos en niños, adolescentes y adultos. Se ha propuesto que los niños exhiben sintomatología depresiva con síntomas no depresivos denominados equivalentes no depresivos. Estos pueden ser trastornos psicósomáticos, trastornos de la conducta y funcionamiento inadecuado en lo social y académico. Los reportes clínicos sobre depresión infantil muestran cambios permanentes en la conducta del niño. Algunos estudios de seguimiento muestran que éstos niños son más susceptibles a las infecciones y al retraso en el desarrollo. Entre los siete y diez años de edad pueden presentar baja autoestima, aislarse voluntariamente, reconocer elementos intimidantes en su ambiente, evitar experiencias potencialmente frustrantes y reaccionar ante ellas con ansiedad, rabia, tristeza o desinterés. En niños de edad puberal los mecanismos de defensa patológicos se acercan al modelo de la depresión adulta y obliga a los padres a reaccionar con su recurso adulto. (41)

Brière FN(2013), realizó un trabajo con el objetivo de demostrar que los síntomas depresivos en adolescentes se asocian con las relaciones familiares difíciles. Los sistemas de la familia y las relaciones interpersonales sugieren que esta asociación podría

reflejar los síntomas de depresión. Pocos estudios longitudinales han probado esta hipótesis y los resultados de estos estudios han sido contradictorios. En este estudio examinaron las posibles asociaciones en la adolescencia temprana y los síntomas depresivos en base a 2 aspectos importantes de las relaciones entre padres e hijos: comunicación y conflicto. Los participantes fueron 3862 estudiantes. Se encontró asociación entre síntomas depresivos y conflicto percibido con los padres, pero no entre síntomas depresivos y comunicación con los padres. (42)

Mc Guinness TM (2012), refiere que la depresión en adolescentes es más común en las niñas; esta disparidad de género se hace más evidente durante la adolescencia. Los modelos de vulnerabilidad-estrés ayudan a explicar estas diferencias, y una tendencia a la poca comunicación puede desempeñar un papel en el desarrollo y la continuación de síntomas depresivos. Las intervenciones de enfermería psiquiátrica deben centrarse en la reevaluación de las relaciones, y la promoción de la autonomía. (43)

Nair MK(2013), refiere que los estudios de la India documentan sistemáticamente las tasas de suicidio más altas del mundo, y la mayoría de los suicidios han sido en adolescentes. El objetivo del trabajo fue identificar los factores de predicción para el suicidio adolescente en una comunidad. Se tuvo los datos de 500 adolescentes en una comunidad rural de India del sur. La necesidad de prevención del suicidio se midió con la escala de personas SAD,

estatus socio-económico con la escala de Kuppusamy modificado, depresión y trastornos de ansiedad con el inventario de depresión de Beck. El estudio concluyó que la mayoría de los adolescentes en la comunidad no requieren medidas preventivas para el riesgo de suicidio. (44)

En los últimos años numerosas investigaciones han centrado su atención en aspectos asociados con la salud mental de los niños y los adolescentes estudiándose aspectos demográficos, epidemiológicos y de carga de enfermedad en realidades parecidas a la nuestra. Así la prevalencia de sintomatología depresiva en escolares encontrada en varios estudios latinoamericanos oscila alrededor del 25.2 a 30% encontrándose que la mayoría de la población se ubica en el grupo de adolescentes entre 12 a 17 años y 50.7% de la misma pertenece al género femenino. (8, 9)

Arias, A., González J., Sánchez Z. buscaron determinar la percepción de rendimiento académico y su asociación con síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional (décimo y undécimo grado), encontrando que la presencia del segundo se relaciona significativamente con el primero de manera inversamente proporcional concluyendo que la identificación temprana de síntomas depresivos con importancia clínica mejora los logros escolares de estudiantes adolescentes. (10)

Existen de la misma forma algunas investigaciones acerca de los factores de riesgo de trastorno depresivo en niños y adolescentes.

Muchos investigadores han encontrado que cuánto mayor edad tiene el niño, el hecho de estar preocupado por la familia, el alcoholismo de los padres, sufrir de enfermedades orgánicas frecuentes y el estado psicopatológico de la madre se asocia con más frecuencia a los trastornos depresivos en los niños. Es así que las hijas adolescentes de madres con síntomas depresivos representan un grupo más susceptible de presentar sintomatología depresiva que aquellas que no tienen madres deprimidas. Así también los hijos de padres alcohólicos presentan no sólo mayor riesgo de desarrollar alcoholismo en la adultez sino también de presentar algún grado de depresión durante su niñez y/o adultez. (11-14)

Otros estudios resaltan que la pérdida de la pareja sentimental, o de un amigo cercano en el último año, el pobre desempeño escolar y el consumo de tabaco son factores que favorecen la aparición de trastornos depresivos en la adolescencia. La depresión que se inicia en la adolescencia se caracteriza por una tasa familiar más alta de enfermedad afectiva que cuando los trastornos afectivos comienzan en edades más tardías, así como por una mayor asociación con enfermedades psiquiátricas tales como trastornos de la conducta, ansiedad y déficit de atención, por un curso crónico recidivante de la enfermedad, con un deterioro a corto y largo plazo de la funcionalidad social e interpersonal, y por unas tasas aumentadas de abuso de sustancias y alto riesgo de suicidio consumado.(15,16)

Otro factor de riesgo muy importante a considerar lo constituyen los

eventos estresores más aún asociados a depresión parental. Los niños y adolescentes, cuyos padres en algún momento de su vida hayan experimentado un episodio depresivo, son más susceptibles al efecto depresor de un evento estresante en comparación a un adolescente cuyo padre no padece de algún trastorno depresivo. (17) Aunque eventos estresantes mayores como muerte de un padre, enfermedad crónica grave de un familiar, abuso físico, psicológico y/o sexual se asocian con depresión infantil, eventos tales como divorcio familiar, ruptura con la pareja sentimental, transición a un nuevo colegio, muerte de una mascota también representan un riesgo importante para la aparición de síntomas depresivos.(18) Un acápite especial merece el hecho de que madres deprimidas y expuestas a violencia intrafamiliar no cortan el círculo vicioso sino más bien generan castigo físico en sus hijos y por ende sintomatología depresiva. (19) Así también la depresión materna crónica se ha asociado a mayor riesgo de injuria recurrente en niños pequeños. Por otro lado se ha visto que los conflictos con compañeros de clase, en especial ser objeto de amedrentamiento (bullying y cyberbullying), al inicio de la edad escolar como en la adolescencia, constituye un factor de riesgo para desarrollar trastorno depresivo. (20-22)

Los factores del medio ambiente familiar juegan un papel importante en la aparición de trastornos depresivos. Los padres que en sus métodos de crianza no refuercen conductas positivas o no

resuelvan adecuadamente situaciones de conflicto con sus hijos adolescentes favorecen el surgimiento de síntomas depresivos. (23) El temor a esas conductas negativas (evitación del daño) genera sintomatología depresiva en el niño. (24)

En nuestro país contamos con algunos estudios acerca de depresión infantil. Autores como Bulnes, M., Ponce C., Huerta, R., investigaron la relación entre el proceso de adaptación propia de la etapa adolescente y el desarrollo de depresión en adolescentes de colegios particulares y estatales encontrando que una adaptación inadecuada se asocia a la aparición de síntomas depresivos en especial en colegios particulares. (25) También se ha abordado el tema de desarrollo de depresión severa post un evento de desastre (26), y planteado que factores como sexo femenino, haber tenido enamorado(a), la comorbilidad con síndrome psicótico y los deseos de morir, se asocian a trastorno depresivo en adolescentes peruanos (27) pero sólo en estudios descriptivos. Por eso necesitamos estudios de mayor nivel de evidencia que ayuden a demostrar estos planteamientos buscando determinar los factores que se asocian a la depresión infantil de una forma más integral.

1.3.- Marco teórico

Según datos de algunas investigaciones, la prevalencia de trastorno depresivo mayor entre niños y adolescentes oscila entre 2 y 5%. En poblaciones clínicas, las estimaciones de trastorno depresivo suelen

fluctuar entre el 10 y 20%. Otros mencionan más específicamente entre 15 y 20%. En estudiantes de secundaria se han reportado prevalencias alrededor del 30% asociado con bajo rendimiento académico. (28-31)

En la actualidad los trastornos depresivos son clasificados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV- TR como trastornos del estado de ánimo ya que comparten con otras entidades de la misma clase, la existencia de una particular alteración del humor. En la misma categoría pueden encontrarse otros problemas de los cuales la depresión se diferencia debido a que se presenta en ausencia de historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco -lo cual la distancia de los trastornos bipolares-, y a que no se debe a enfermedad médica o consumo de sustancias, lo cual establece una distinción entre ella y dichos trastornos. (32)

La característica fundamental de los trastornos depresivos es que se sustentan sobre un estado de ánimo negativo anormal que se define como “deprimido”. De hecho, en la vida cotidiana, por “depresión” se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Sin embargo para que se considere un trastorno depresivo este estado de ánimo deprimido impide el normal desenvolvimiento de las actividades diarias de la persona (28, 29). El mismo se puede presentar de las siguientes formas en los adolescentes: (32)

- Trastorno depresivo mayor: Alteración del estado del ánimo (tristeza o irritabilidad) casi todos los días y durante la mayor parte del día por un periodo mayor o igual a 2 semanas y que presente 5 ó más de los siguientes síntomas: anhedonia, insomnio, hipersomnia, hiporexia, pérdida o ganancia de peso (variación del 5% del peso corporal basal en un mes) anergia, sentimiento de culpa, sentimiento de minusvalía, enlentecimiento psicomotor, disminución de la capacidad de concentración, ideación suicida.
- Trastorno distímico: Estado de ánimo deprimido (tristeza o irritabilidad) de manera crónica por un periodo mínimo de un año, en el que no hay periodos prolongados en los que el paciente se encuentre bien y que se constituye en un deterioro importante social y/o académico.
- Trastorno depresivo no especificado (o trastorno depresivo menor): Estado de ánimo deprimido (tristeza o irritabilidad) y/o pérdida de interés en actividades que normalmente eran de interés para la persona, por un periodo menor a 2 semanas que provoca un deterioro significativo social y/o académico.

Estudios retrospectivos de adultos con depresión sugieren que el primer episodio con alta probabilidad ocurre en la adolescencia media. Además con respecto a la diferencia entre sexos, se observa una prevalencia mayor de trastorno depresivo en mujeres durante la adolescencia. Estas diferencias son más patentes en los casos de

trastorno depresivo mayor, distimia y de menor intensidad en el trastorno depresivo no especificado. (31) En la edad prepuberal, no obstante, los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los varones. (33) Las características clínicas del trastorno depresivo son algo diferentes en la población pediátrica. Si bien es cierto el ánimo deprimido es fundamental para el diagnóstico de trastorno depresivo en adultos, en niños es sustituido por un estado de irritabilidad y síntomas como fatiga inexplicable, anergia, disminución de la concentración, variación de peso e ideación suicida suelen ser los motivos de consulta. (34)

En relación a la distimia, el DSM-IV TR indica que en los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. (32) En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. La prevalencia de vida del trastorno distímico es aproximadamente del 6%. La prevalencia puntual en la población general en Estados Unidos del trastorno distímico es aproximadamente del 3%.(33)

Con respecto a los factores de riesgo para trastorno depresivo

algunos han sido demostrados con claridad mientras otros todavía son muy controversiales. (34) El estatus socioeconómico bajo, si bien es cierto, favorece la aparición de trastorno depresivo en adultos, en niños parece no tener una repercusión negativa, aunque falta información consistente al respecto, lo mismo sucede con la etnicidad.

Por otro lado los factores familiares son importantes determinantes de depresión. Niños de padres deprimidos son cuatro veces más susceptibles de sufrir un episodio de depresión mayor que niños de padres normales y dos veces más proclives a presentar depresión que los hijos de padres con otros trastornos psiquiátricos o condiciones médicas. Aún más notorio es este riesgo si la carga familiar es mayor (ambos padres deprimidos y/o abuelo /os maternos o paternos con diagnóstico de depresión). Estudios en gemelos sugieren que existe una moderada influencia genética para la aparición de síntomas depresivos en la niñez con una heredabilidad del 30 al 80%, sin embargo la transmisión de la depresión en familias resulta de una compleja combinación de factores genéticos y ambientales. (35)

Algunos estudios sugieren que la neurobiología de la depresión se basa en una desregulación del sistema de stress humano a través de la activación del eje hipotálamo – hipofisiario – adrenal, teniendo como uno de los principales sitios de feedback al hipocampo. Sin embargo estudios de neuroimagen han identificado otras áreas como

el núcleo accumbens, la amígdala, y núcleos específicos del hipotálamo que regulan la motivación, el hambre, el sueño, el ritmo circadiano y el placer, los cuales se encuentran también afectados en mayor o menor grado en la depresión. Incluso se habla de la presencia de un transportador de serotonina (SERT), que en algunas personas, favorece la depresión al disminuir rápidamente las concentraciones de serotonina en el espacio sináptico. (36-37)

1.4 Hipótesis

Hipótesis Nula (H_0): No existen factores de riesgo asociados al trastorno depresivo en adolescentes de la I.E Manuel González Prada durante los meses de enero a febrero del 2015"

Hipótesis Alternativa (H_1): Existen factores de riesgo asociados al trastorno depresivo en adolescentes de la I.E Manuel González Prada durante los meses de enero a febrero del 2015”.

1.5.- Objetivos

1.5.1.- Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes de la I.E Manuel González Prada durante los meses de enero a febrero del 2015.

1.5.2.- Objetivos específicos

- Determinar si la violencia familiar y la disarmonía familiar son factores de riesgo de trastorno depresivo en adolescentes.
- Establecer si la presencia de trastorno depresivo en un familiar de primer o segundo grado representa un mayor riesgo de

presentar depresión en un adolescente.

- Esclarecer si el haber presentado un episodio previo de depresión favorece la aparición de un segundo episodio de depresión en el adolescente.
- Identificar si eventos estresores como conflictos con compañeros y ruptura con la pareja sentimental incrementan el riesgo de presentar trastorno depresivo en adolescentes.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.- Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo cuantitativo prospectivo, ya que se obtendrá datos apoyados en escalas numéricas permitiendo un tratamiento estadístico. El método que se empleo es analítico porque permite estudiar las variables tal como se presentan en la realidad los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes y de corte transversal porque estudia la variable en un solo tiempo.

2.2.- Diseño de investigación

Estudio descriptivo de casos y controles

2.3.- Universo

La población a estudiar serán los casos de adolescentes cuyas edades están comprendidas entre los 12 a 18 años de edad, con diagnóstico de trastorno depresivo consignado en la evaluación durante los meses de enero a febrero del 2015. Se seleccionará este grupo etáreo basado en la literatura científica ya que representa la población donde se diagnostica el mayor número casos de depresión infantil siendo inusual su presentación antes de los 9 años de edad.

2.4.- Muestra

Se incluirá en el estudio dos muestras de 145 estudiantes una

correspondiente a los casos y otra a los controles. Los casos serán de los estudiantes cuyas edades se encontraban entre los 12 a 18 años de edad con diagnóstico de trastorno depresivo a quien se aplicó el test de depresión de Hamilton, evaluado durante los meses de enero a febrero del 2015. Por otro lado, los controles serán los adolescentes que no tengan depresión durante la evaluación, sus edades serán entre los 12 a 18 años de edad. Para mantener la representatividad de la muestra con respecto a la población tanto casos como controles se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple.

2.5.- Criterios de inclusión

Criterios de inclusión Casos:

Estudiante cuya edad se encuentre entre los 12 a 18 años de edad.

Diagnóstico de trastorno depresivo.

Criterios de inclusión Controles:

Estudiante cuya edad se encuentre entre los 12 a 18 años de edad.

Estudiante que no tenga diagnóstico de trastorno depresivo.

2.6.- criterios de exclusión

Criterios de exclusión Casos

Estudiante que tenga enfermedad psiquiátrica concomitante (trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta alimentaria, trastorno ansioso).

Paciente que tenga enfermedad orgánica concomitante (genética,

cardiaca, neurológica, hematológica, reumatológica, metabólica, inmunológica, endocrinológica, pulmonar, renal, digestiva, neoplásica, VIH), u otra enfermedad de importancia clínica que la literatura científica haya asociado con depresión.

No se considerará los casos con diagnóstico de trastorno depresivo que sea secundario a abuso, sobredosificación o efecto colateral del consumo de una sustancia (droga, toxina o medicamento).

No se incluirán aquellos adolescentes que presenten cualquier grado de retardo mental.

Criterios de exclusión Controles

Estudiante que presente enfermedad psiquiátrica que no sea trastorno depresivo (trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno ansioso, trastorno de conducta).

Estudiante que tenga enfermedad orgánica concomitante (genética, cardiaca, neurológica, hematológica, reumatológica, metabólica, inmunológica, endocrinológica, pulmonar, renal, digestiva, neoplásica, VIH), u otra enfermedad de importancia clínica que la literatura científica haya asociado con depresión.

Se excluirán a los estudiantes que no deseen colaborar con la evaluación.

2.7.- Descripción de variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Instrumento
Sexo	Condición orgánica que distingue a la persona, determinada según características fenotípicas externas	Cualitativa	Nominal	1) Femenino 2) Masculino	Ficha de recolección de datos
Edad	Tiempo de vida del paciente comprendido entre los 12 a 18 años de edad	Cuantitativa	De razón	Nº de años Adolescente	
Trastorno depresivo	Trastorno del estado del ánimo que tiene como elemento central la sintomatología depresiva De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV- TR) consideramos lo siguiente: 1. Estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés por un periodo mayor o igual a 2 semanas que provoca un deterioro significativo social y/o académico. 2. Estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés por un periodo menor a 2 semanas que provoca un deterioro significativo social y/o académico. 3. Estado de ánimo deprimido de manera crónica por un periodo mínimo de un año, en el que no hay periodos prolongados en los que el paciente se encuentre bien y que repercute en su funcionamiento social y/o académico	Cualitativa	Nominal	1. Trastorno depresivo mayor 2. Trastorno depresivo no especificado 3. Distimia	

Disarmonía familiar	Situación familiar en la que los padres se encuentran separados o divorciados, o se constituye una familia uniparental por fallecimiento de uno de los progenitores	Cualitativa	Nominal	1) Si Divorcio o separación de los padres Familia uniparental por fallecimiento de uno de los padres 2) No	Ficha de recolección de datos
Enfermedad crónica grave de un familiar.	Enfermedad de duración mayor a un año de algún familiar que vive con el niño o adolescente que signifique una alteración en el normal funcionamiento de la dinámica familiar	Cualitativa	Nominal	1) Si Abuso de sustancias (Alcoholismo, Drogadicción) Enfermedad médica (Hipertensión arterial,	

				Diabetes, Cáncer, Insuficiencia Renal) 2) No	
Violencia intrafamiliar	Maltrato ejercido por un familiar hacia el niño o adolescente en el ámbito doméstico	Cualitativa	Nominal	1) Si Violencia física Violencia psicológica Violencia sexual Violencia física y/o psicológica Negligencia de los padres 2) No	
Antecedente familiar de trastorno depresivo	Trastorno depresivo diagnosticado en familiares de primer grado (padre y/o madre) por médico psiquiatra y que puede o no estar recibiendo tratamiento antidepresivo farmacológico	Cualitativa	Nominal	1) Si Antecedente de depresión familiar 2) No	
Episodio de trastorno depresivo previo	Ocurriencia anterior de trastorno depresivo en el sujeto de investigación que se resolvió adecuadamente y sucedió hace más de un año del episodio actual	Cualitativa	Nominal	1) Si Trastorno depresivo 2) No	
Estresor social.	Factor estresante del ámbito social y/o académico que genere sintomatología depresiva. Conflicto con compañeros de clase: cualquier forma de verbal o físico producido entre de forma reiterada a lo largo del año escolar Ruptura con la pareja sentimental: Término de la relación romántica con un hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	1) Si Conflicto con compañeros de clase Ruptura con la pareja sentimental 2) No	

2.8.- Recolección de datos

2.8.1.- Técnica

El proyecto fue sometido a la autorización de la Oficina de Capacitación y Docencia de la I.E Manuel González Prada. Luego de obtener el permiso se procedió a la recolección de datos a través del instrumento diseñado (ver Anexos), esta recolección será realizada por el investigador. Después se seleccionarán los casos y controles por muestreo aleatorio simple y cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión para caso y control. Posteriormente estos datos se analizaron según el análisis de datos estadístico planteado. Se evaluarán los resultados, se procederá a la discusión de los mismos y finalmente al planteamiento de conclusiones y recomendaciones para investigaciones futuras.

Se confeccionará un cronograma de trabajo para desarrollar el estudio desde la revisión de la bibliografía hasta la publicación, en coordinación con un médico psiquiatra.

2.8.2.- Instrumento

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia [ver anexo].

2.9.- procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenaron y procesaron en una

computadora personal, valiéndonos de los programas Microsoft Excel v.2007, SPSS v.21.0 y Epidat v.3.1. Se estudiaron las variables obtenidas en la consolidación y se procesaron estadísticamente. Se observaron y analizaron los resultados y la posible aparición de relaciones entre ellos utilizando el método Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher para variables cualitativas y el test de Student para variables cuantitativas [$P < 0.05$].

CAPÍTULO III

RESULTADOS

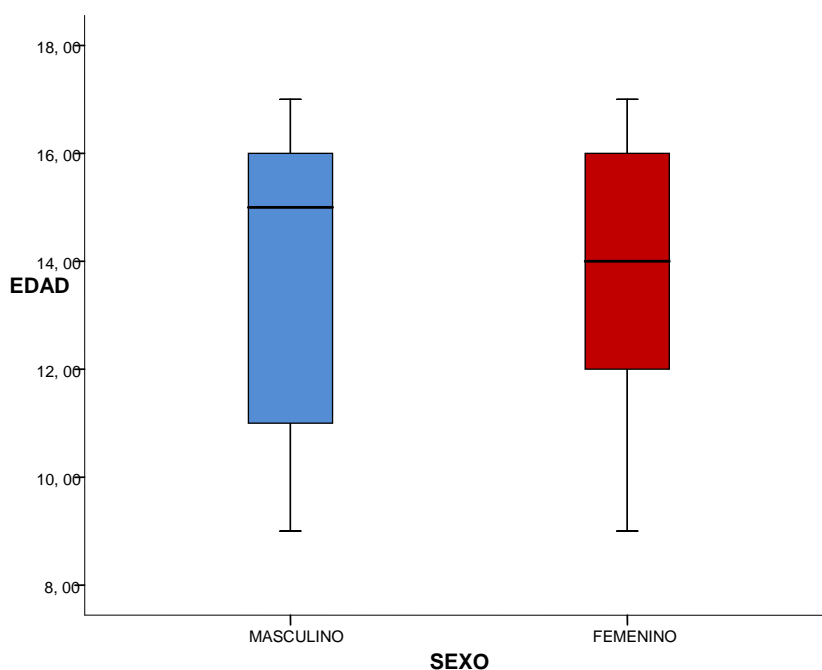
Nuestro estudio estuvo conformado por 290 pacientes (145 casos y 145 controles), de los cuales el 61 % fueron mujeres y el 39 % fueron varones. La media global de la edad fue de 13,7 +/- 2,5 años, siendo la mínima edad de 12 años y la máxima de 17 años. La media de la edad de los varones fue de 13,7 +/- 2,6 años, y de las mujeres fue de 13,6 +/- 2,5 años.

Tabla 1
Medias de la edad según sexo

Sexo	Media	N	Desv. Tip.	Mínimo	Máximo	% del total de
Masculino	13,7434	113	2,69516	12,00	17,00	39,0 %
Femenino	13,6949	177	2,51080	12,00	17,00	61,0 %
Total	13,7138	290	2,57970	12,00	17,00	100,0 %

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla 01
Medias de la edad según sexo



En relación al análisis de frecuencias de las variables estudiadas encontramos que el 38,6 % tuvieron antecedente de episodio depresivo. El 32,1 % de los pacientes tuvieron a la madre como familiar con diagnóstico de trastorno depresivo. El 22,8 % tuvo antecedente de suicidio de un familiar. La disarmonía de mayor frecuencia fue la separación de los padres (34,8 %). El 30,3 % tuvieron familiares con enfermedad crónica grave. El 11 % hacían uso de sustancias. La violencia intrafamiliar de mayor frecuencia fue la violencia psicológica. El estresor de mayor frecuencia fue el conflicto con los compañeros de clase (39 %).

Tabla 2
Análisis de frecuencias de las variables estudiadas

		N	%
Diagnóstico consignado por médico psiquiatra	No	145	50,0%
	Trastorno depresivo mayor	92	31,7%
	Trastorno depresivo no especificado	38	13,1%
	Episodio depresivo leve	5	1,7%
	Episodio depresivo	10	3,4%
Antecedente de episodio depresivo previo en la persona	Si	112	38,6%
	No	178	61,4%
Familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno depresivo con o sin tratamiento	No	164	56,6%
	Madre	93	32,1%
	Padre	24	8,3%
	Padre y madre	9	3,1%
Antecedentes de suicidio de familiar de primer grado	Si	66	22,8%
	No	224	77,2%
Disarmonía familiar	No	164	56,6%
	Divorcio o separación de los padres	101	34,8%
	Familia uniparental por fallecimiento de uno de los padres	13	4,5%
	Conflicto de pareja	4	1,4%
	Infidelidad del padre	4	1,4%
	Abandono del padre	4	1,4%
Enfermedad crónica grave de un familiar	Si	88	30,3%
	No	202	69,7%
Abuso de sustancias(alcoholismo, drogadicción)	Si	32	11,0%
	No	258	89,0%
Enfermedad médica	No	230	79,3%
	HTA	8	2,8%
	Diabetes	16	5,5%
	Abulia	4	1,4%
	Sin, no especificada	28	9,7%
	Fibromialgia	4	1,4%
Violencia intrafamiliar	No	111	38,3%
	Violencia física	17	5,9%
	Violencia psicológica	57	19,7%
	Violencia sexual	4	1,4%
	Violencia física y psicológica	16	5,5%
	Negligencia de los padres	44	15,2%
	Violencia física y psicológica	17	5,9%
	Violencia psicológica sexual	12	4,1%
	Violencia física, psicológica sexual	12	4,1%
Estresor social	No	123	42,4%
	Conflicto con compañeros de clase	113	39,0%
	Ruptura con la pareja sentimental	16	5,5%
	Sin especificar	9	3,1%
	Problemas en estudios	4	1,4%
	No asiste al colegio por recibir tratamiento para la leucemia	5	1,7%
	Conflicto con el docente	8	2,8%
	Conflicto con compañeros de clase, ruptura con la pareja sentimental	12	4,1%

Fuente: ficha de recolección de datos

En relación a la depresión según las características sociodemográficas encontramos que hubo una asociación estadísticamente significativa de depresión y el abuso de sustancias (OR=8, existe 8 veces más de probabilidad que un pacientes que abusa de sustancias presente depresión). Asimismo encontramos que el no tener una enfermedad médica, y el no tener un familiar con enfermedad crónica resultaron ser factores protectores.

Tabla 3

Depresión según características sociodemográficas

		Depresión				OR	IC(al 95%)	P
		Si		No				
		N	%	N	%			
Sexo	Masculino	54	37,2 %	59	40,7 %	NS		
	Femenino	91	62,8 %	86	59,3 %			
Enfermedad crónica grave de un familiar	Si	32	22,1 %	56	38,6 %	0,4	0,2-0,8	<0,05
	No	113	77,9 %	89	61,4 %			
Abuso de sustancias(alcoholismo, drogadicción)	Si	28	19,3 %	4	2,8 %	8,4	1,6-9,3	<0,05
	No	117	80,7 %	141	97,2 %			

Fuente: ficha de recolección de datos

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de depresión en los pacientes con disarmonía (OR=4.9, existe 4.9 veces más de probabilidad que un paciente con disarmonía familiar presente depresión) y violencia familiar (OR=8.8, existe 8.8 veces más de probabilidad que un paciente que vive en medio de la violencia familiar presente depresión). (P<0,05) El 62,1 % de los pacientes con depresión tenían disarmonía familiar y el 84,8 % refirieron violencia intrafamiliar.

Tabla 4									
Violencia familiar y disarmonía familiar como son factores de riesgo de trastorno depresivo en adolescentes									
		Depresión				OR	IC(al 95%)	P	
		Si		No					
		N	%	N	%				
Disarmonía familiar	No	55	37,9 %	109	75,2 %	4,9	1,6-5,7	P<0,05	
	Divorcio o separación de los padres	65	44,8 %	36	24,8 %				
	Familia uniparental por fallecimiento de uno de los padres	13	9,0 %	0	,0 %				
	Conflicto de pareja	4	2,8 %	0	,0 %				
	Infidelidad del padre	4	2,8 %	0	,0 %				
	Abandono del padre	4	2,8 %	0	,0 %				
Disarmonía familiar	Si	90	62,1 %	36	24,8 %	4,9	1,6-5,7	P<0,05	
	No	55	37,9 %	109	75,2 %				
Violencia intrafamiliar	No	22	15,2 %	89	61,4 %	8,8	2,3-9,1	P<0,05	
	Violencia física	9	6,2 %	8	5,5 %				
	Violencia psicológica	41	28,3 %	16	11,0 %				
	Violencia sexual	4	2,8 %	0	,0 %				
	Violencia física y psicológica	33	22,8 %	0	,0 %				
	Negligencia de los padres	16	11,0 %	28	19,3 %				
	Violencia psicológica sexual	8	5,5 %	4	2,8 %				
	Violencia física, psicológica sexual	12	8,3 %	0	,0 %				
Violencia intrafamiliar	Si	123	84,8 %	56	38,6 %	8,8	2,3-9,1	P<0,05	
	No	22	15,2 %	89	61,4 %				

Fuente: ficha de recolección de datos

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de depresión asociada al diagnóstico de depresión en familiar de primer grado (OR=2.2, existe 2.2 veces más de probabilidad que un paciente con antecedente familiar de depresión presente depresión). (P<0,05) El 53,1 % de los pacientes con depresión tuvieron familiares con el mismo diagnóstico.

Tabla 5

Depresión según trastorno depresivo en un familiar de primer o segundo grado

		Depresión				OR	IC(al 95%)	P
		Si		No				
		N	%	N	%			
Familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno depresivo con o sin tratamiento	No	68	46,9 %	96	66,2 %	2,2	1,3-3,5	<0,05
	Madre	65	44,8 %	28	19,3 %			
	Padre	8	5,5 %	16	11,0 %			
	Padre y madre	4	2,8 %	5	3,4 %			
Familiar de primer grado con depresión	Si	77	53,1 %	49	33,8 %	2,2	1,3-3,5	<0,05
	No	68	46,9 %	96	66,2 %			

Fuente: ficha de recolección de datos

El haber presentado un episodio de depresión favorece la aparición de un segundo episodio en el adolescente de manera significativa (OR=3.3, existe 3.3 veces más de probabilidad que un paciente con antecedente de episodio depresivo presente depresión). (P<0,05) El 52,4 % de los pacientes con depresión tuvieron el antecedente de episodio depresivo previo.

Tabla 6

Depresión según antecedente de episodio depresivo

		Depresión				OR	IC(al 95 %)	P
		Si		No				
		N	%	N	%			
Antecedente de episodio depresivo previo en la persona	Si	76	52,4 %	36	24,8 %	3,3	2,1-5	<0,05
	No	69	47,6 %	109	75,2 %			

Fuente: ficha de recolección de datos

Los eventos estresores como conflictos con compañeros y ruptura con la pareja sentimental incrementan el riesgo de presentar trastorno depresivo en adolescentes de manera significativa (OR=2.4, existe 2.4 veces más de probabilidad que un pacientes con estresor social presente depresión). (P<0,05) Observamos que los pacientes con depresión tuvieron una mayor frecuencia de conflicto con sus compañeros de clase (44,8 %).

Tabla 07									
Eventos estresores como factores de riesgo de presentar trastorno depresivo en adolescentes									
		Depresión				OR	IC(al 95 %)	P	
		Si		No					
		N	%	N	%				
Estresor social	No	46	31,7 %	77	53,1 %	2.4	1,5-3.9	<0,05	NS
	Conflicto con compañeros de clase	65	44,8 %	48	33,1 %				
	Ruptura con la pareja sentimental	8	5,5 %	8	5,5 %				
	Sin especificar	5	3,4 %	4	2,8 %				
	Problemas en estudios	4	2,8 %	0	,0 %				
	No asiste al colegio por recibir tratamiento para la leucemia	5	3,4 %	0	,0 %				
	Conflicto con el docente	8	5,5 %	0	,0 %				
	Conflicto con compañeros de clase, ruptura con la pareja sentimental	4	2,8 %	8	5,5 %				
Estresor social	Si	99	68,3 %	68	46,9 %	2.4	1,5-3.9	<0,05	
	No	46	31,7 %	77	53,1 %				

Fuente: ficha de recolección de datos

ANÁLISIS MULTIVARIADO PARA LAS VARIABLES SIGNIFICATIVAS							
DEPRESI ON(a)		Error Tip.	gl	Sig.	OR	Intervalo de confianza al 95% para OR	
						Límite inferior	Límite superior
SI	Intersección	.159	1	.030			
	[FAMILIARD EPRIMERGR ADO=1.00]	.242	1	.001	2.218	1.381	3.564
	[FAMILIARD EPRIMERGR ADO=2.00]	.	0	.	.	.	.
SI	Intersección	.125	1	.136			
	[P06=1.00]	.549	1	.000	8.436	2.876	24.740
	[P06=2.00]	.	0	.	.	.	.
SI	Intersección	.154	1	.003			
	[P01=1.00]	.254	1	.000	3.335	2.026	5.488
	[P01=2.00]	.	0	.	.	.	.
SI	Intersección	.159	1	.030			
	[FAMILIARD EPRIMERGR ADO=1.00]	.242	1	.001	2.218	1.381	3.564
	[FAMILIARD EPRIMERGR ADO=2.00]	.	0	.	.	.	.
SI	Intersección	.165	1	.000			
	[DISARMONI A2=1.00]	.257	1	.000	4.955	2.992	8.205
	[DISARMONI A2=2.00]	.	0	.	.	.	.
SI	Intersección	.186	1	.006			
	[ESTRESORS OCIAL=1.00]	.244	1	.000	2.437	1.511	3.931
	[ESTRESORS OCIAL=2.00]	.	0	.	.	.	.

P06 abuso de sustancias

P01: antecedente de episodio depresivo

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de depresión asociada al diagnóstico de depresión en el familiar de primer grado ($P < 0,05$), por lo que nuestros datos coinciden con lo reportado por investigadores que han encontrado que cuánto mayor edad tiene el niño, el hecho de estar preocupado por la familia, el alcoholismo de los padres, sufrir de enfermedades orgánicas frecuentes y el estado psicopatológico de la madre se asocia con más frecuencia a los trastornos depresivos en los niños. (11,12) Es así que las hijas adolescentes de madres con síntomas depresivos representan un grupo más susceptible de presentar sintomatología depresiva que aquellas que no tienen madres deprimidas. (13-16) Así también, los hijos de padres alcohólicos presentan no sólo mayor riesgo de desarrollar alcoholismo en la adultez, sino también, de presentar algún grado de depresión durante su niñez y/o adultez. (17-20)

Encontramos en nuestro estudio que un factor de depresión es el conflicto con los compañeros de clase, por lo que diferimos con lo reportado por otros estudios donde resaltan que la pérdida de la pareja sentimental, o de un amigo cercano en el último año, el pobre desempeño escolar y el consumo de tabaco son factores que favorecen la aparición de trastornos depresivos en la adolescencia. (21-24) La depresión que se inicia en la adolescencia se caracteriza

por una tasa familiar más alta de enfermedad afectiva que cuando los trastornos afectivos comienzan en edades más tardías; así como por una mayor asociación con enfermedades psiquiátricas tales como trastornos de la conducta, ansiedad y déficit de atención; por un curso crónico recidivante de la enfermedad, con un deterioro a corto y largo plazo de la funcionalidad social e interpersonal; y por unas tasas aumentadas de abuso de sustancias y alto riesgo de suicidio consumado.(25-27)

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de depresión en los pacientes con disarmonía y violencia familiar, así como el tener un familiar de primer grado con una enfermedad crónica grave ($P < 0.05$), por lo que los adolescentes, cuyos padres en algún momento de su vida hayan experimentado un episodio depresivo, son más susceptibles al efecto depresor de un evento estresante, en comparación a un adolescente cuyo padre no padece de algún trastorno depresivo. (28-30) Aunque eventos estresantes mayores como muerte de un padre, enfermedad crónica grave de un familiar, abuso físico, psicológico y/o sexual se asocian con depresión infantil, eventos de menor envergadura como divorcio familiar, ruptura con la pareja sentimental, transición a un nuevo colegio, muerte de una mascota también representan un riesgo importante para la aparición de síntomas depresivos. (31-33) Un acápite especial merece el hecho de que madres deprimidas y expuestas a violencia intrafamiliar no cortan el círculo vicioso, sino

más bien generan castigo físico en sus hijos y por ende sintomatología depresiva. (34-36) Así también la depresión materna crónica se ha asociado a mayor riesgo de injuria recurrente en niños pequeños. (37,38) Por otro lado, se ha visto que los conflictos con compañeros de clase, en especial ser objeto de amedrentamiento (bullying y cyberbullying), al inicio de la edad escolar como en la adolescencia, constituyen factores de riesgo para desarrollar trastorno depresivo. (21, 22)

Una adaptación inadecuada en la escuela puede condicionar a depresión, encontramos una alta frecuencia de conflicto con los compañeros de clase, por lo que podemos inferir que los pacientes deprimidos no han logrado una buena adaptación, por lo que coincidimos con algunos estudios acerca de depresión infantil. Autores como Bulnes, M., Ponce C., Huerta, R., investigaron la relación entre el proceso de adaptación propia de la etapa adolescente y el desarrollo de depresión en adolescentes de colegios particulares y estatales; encontraron que una adaptación inadecuada se asocia a la aparición de síntomas depresivos en especial en colegios particulares. (25) También se ha abordado el tema de desarrollo de depresión severa post traumática (26), y planteado que factores como sexo femenino, haber tenido enamorado(a), la comorbilidad con síndrome psicótico y los deseos de morir, se asocian a trastorno depresivo en adolescentes peruanos (27), pero sólo en estudios descriptivos. Por eso, necesitamos estudios de

mayor nivel de evidencia que ayuden a demostrar estos planteamientos buscando determinar los factores que se asocian a la depresión infantil de una forma más integral.

En base a nuestros datos hemos de inferir que los adolescentes provienen de familias disfuncionales donde prima la violencia intrafamiliar, por lo que coincidimos con lo reportado por Ulloa-Flores (2011), quien refiere que el trastorno depresivo mayor (TDM) en adolescentes es un trastorno común y discapacitante, a menudo recurrente, que persiste hasta la edad adulta y se ha asociado a disfunción familiar, social y escolar y a la conducta suicida. La psicoeducación es el primer componente del tratamiento psicosocial. La psicoterapia tiene como objetivo la reducción de la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, de la tolerancia a la frustración, de la autonomía y de la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria. La terapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual han mostrado eficacia en adolescentes en ensayos controlados. Es importante el seguimiento de los pacientes para evitar las recaídas y complicaciones como la conducta suicida. (39)

Encontramos que la depresión en adolescentes se asocia a disarmonía y violencia familiar por lo que coincidimos con lo reportado por Brière F (2013), quien realizó un trabajo con el objetivo de demostrar que los síntomas depresivos en adolescentes se asocian con las relaciones familiares difíciles. Los sistemas de la

familia y las relaciones interpersonales sugieren que esta asociación podría reflejar los síntomas de depresión. Pocos estudios longitudinales han probado esta hipótesis y los resultados de estos estudios han sido contradictorios. En este estudio examinaron las posibles asociaciones en la adolescencia temprana y los síntomas depresivos en base a dos aspectos importantes de las relaciones entre padres e hijos: comunicación y conflicto. Los participantes fueron 3862 estudiantes. Se encontró asociación entre síntomas depresivos y conflicto percibido con los padres, pero no entre síntomas depresivos y comunicación con los padres. (42)

En nuestro estudio encontramos que la depresión es más frecuente en niñas(62,8 %), por lo que coincidimos con lo reportado por Mc Guinness TM (2012), quien refiere que la depresión en adolescentes es más común en las niñas; esta disparidad de género se hace más evidente durante la adolescencia. Los modelos de vulnerabilidad-estrés ayudan a explicar estas diferencias, y una tendencia a la poca comunicación puede desempeñar un papel en el desarrollo y la continuación de síntomas depresivos. (43)

En nuestro estudio no contamos con el reporte de intentos de suicidio por lo que nuestros datos difieren con lo reportado por Nair MK (2013), quien refiere que los estudios de la India documentan sistemáticamente las tasas de suicidio más altas del mundo, y la mayoría de los suicidios han sido en adolescentes. El objetivo del trabajo fue identificar los factores de predicción para el suicidio

adolescente en una comunidad. Se tuvo los datos de 500 adolescentes en una comunidad rural de India del sur. La necesidad de prevención del suicidio se midió con la escala de personas SAD, estatus socioeconómico con la escala de Kuppusamy modificado, depresión y trastornos de ansiedad con el inventario de depresión de Beck. El estudio concluyó que la mayoría de los adolescentes en la comunidad no requieren medidas preventivas para el riesgo de suicidio. (44)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- Conclusiones

Los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes fueron el abuso de sustancias, la disarmonía y violencia familiar, el tener un familiar de primer grado con depresión, el antecedente de episodio depresivo previo, y el estresor social. ($P < 0.05$)

5.2.- Recomendaciones

Realizar un estudio longitudinal, multicéntricos con una muestra mayor donde se incluyan más variables.

CAPÍTULO VI

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gladstone T. The prevention of depression in at-risk adolescents: Current and future directions. J of Cognitive Psychotherapy. 2010; 14: 9–23.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos: Salud Mental- Depresión. (Publicación en línea) Disponible en Internet en http://www.who.int/Mental_health/management/depression/definition/ (Fecha de acceso: 11 de marzo, 2011).
3. Kessler RC, Üstün TB: The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods in Psychiatric Research 2014; 13:93-121.
4. Woolfolk A, Woolfolk J, Díaz J, Pineda L, Ortiz M, Macotela G. Psicología educativa. (Publicación en línea) México: Prentice Hall, 2007; Disponible en Internet en: <http://books.google.com.pe/> Fecha de acceso: 10 de octubre, 2010).
5. Parmelee, D. Psiquiatría del niño y adolescente. 3º edición. España. Editorial Harcourt Brace. 2010.
6. Valdivia, M. Manual de psiquiatría infantil. 1º edición. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile. 2012.
7. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria de Salud Mental y

Cultura de Paz. Lima- Perú. (Publicación en línea) Disponible en Internet en www.minsa.gob.pe //(Fecha de acceso: 11 de marzo, 2011).

8. Vinaccia, S, Milena, A, Atehortúa L. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años de edad del oriente antioqueño a partir del “Child Depression Inventory” – CDI – Revista Perspectivas en Psicología. 2006 ;2: 217-27
9. López, C, Alcántara, M. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). Anales de Psicología, 2010; 26; 2: 325-34.
10. Campo Arias, A, Gonzáles J, Sánchez Z. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. Archivos de Pediatría Uruguaya 2010; 76,1:22-28.
11. Bragado, C, Bersabé R. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos, y de eliminación en niños y adolescentes. Revista Psicothema 2010; 11(4): 939 -56.
12. Mian, L, Azenha, L. A Depressão Materna e o Comportamento de Crianças em Idade Escolar Psicol, Teoria e Pesquisa **2009**; 25; 1: 29-37.
13. Jaser, S, Fear, J. Maternal Sadness and Adolescents Responses to Stress in Offspring of Mothers with and without a History of

- Depression. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013; 37: 736–46.
14. Hussong, A, Flora, DB. Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of Alcoholic Parents. *Dev. Psychopathology*; 2013; 20: 165–93.
 15. Camdeviren, H, Mendes, M. Determination of Depression Risk Factors in Children and Adolescents by Regression Tree Methodology. *Acta Médica Okayama*. 2005; 59; 1: 9 -26.
 16. Royo, J. Trastornos depresivos en la infancia y en la adolescencia. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*. 2012; 25; 3. 97 – 103.
 17. Bouma, M, Ormel, E. Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment. *J of Affective Disorders* 2013; 105: 185 -93.
 18. Lewinsohn, P, Roberts, R. Psychosocial risk factors for depression. *J of Abnormal Psychology*. 2005: 103; 302 -15.
 19. Silverstein, M, Augustyn, M, Young, R. The Relationship Between Maternal Depression, In-Home Violence, And Use Of Physical Punishment: What Is The Role Of Child Behavior? *Archives of Disease in Childhood* 2009; 94;2: 138–43
 20. Schwebel, D, Brezaussek, C. Chronic Maternal Depression and Children's Injury Risk. *J of Pediatr Psychol* 2013; 33; 10: 1108–16.
 21. Perren, S, Alsaker, D. Depressive symptoms from kindergarten

- to early school age: longitudinal associations with social skills deficits and peer victimization *Child and Adolesc Psychiatry and Mental Health* 2009; 3:28- 38
22. Perren, S, Dooley, J, Shaw, T. Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child and Adolesc Psychiatry and Mental Health* 2010; 4:28- 37
 23. Xing, F, Keenan, K. Longitudinal Associations between Emotion Regulation and Depression in Preadolescent Girls: Moderation by the Caregiving Environment. *Dev Psychol.* 2009; 45; 3: 798–808.
 24. Pelaz Antolín A. Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Revista Pediátrica Atención Primaria.* 2013; 10: 617-25.
 25. Bulnes, M., Ponce C, Huerta, R. Ajuste Psicosocial y estado depresivo en adolescentes en centros escolares en Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología.* 2005;8;2: 23-39
 26. Miranda, G, Cruz, V, Albornoz, D. Prevalencia y Factores asociados con depresión severa en los damnificados en el incendio del Asentamiento Humano Lomo de Corvina, Villa El Salvador, Perú. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2013; 11: 30-42.
 27. Vargas, H, Tovar, H, Valverde, J. Prevalencia y factores

- asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana. *Rev Neuropsiquiátrica* 2010;73; 3 : 84 -94
28. Gitanjali S, Iachan R, Scheidt P, Overpeck M, Sun W, Giedd J. Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004; 158:760-65.
 29. Wang P, Berglund P, Kessler R. Recent care of common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *Jof General Internal Medicine* 2000; 15:284-92.
 30. Cumsille P, Loreto M. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Rev. Chilena Pediatría.* 2011; 68 2:74-7.
 31. Cogollo Z, Campos, A. Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Cienc. Salud. Bogotá.* 2007; 5; 33-39.
 32. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - revisado (*DSM-IV-TR*). 2000. Masson. Barcelona.
 33. Abela, J. Handbook of Depression in children and adolescents. 1° edition. Guilford Publications. New –York, United States. 2013.

34. Khalil, A, Rabie, M, Abd-El-Aziz, M. Clinical characteristics of depression among adolescent females: a cross-sectional study. *Child and Adolesc Psychiatry and Mental Health* 2010;4:26-33
35. Costello, E. Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013; 28; 5: 851 – 5.
36. Cytryn, L. Growing up Sad: Childhood Depression and its Treatment. 1ª edición Guilford Publications. Washington D.C, United States. 2005
37. Qavince, J, G. Asis, S, Oliveira, R. Síntomas depresivos en la adolescencia. Estudio de factores psicosociales en muestra de escolares de un municipio de Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Salud Pública* 2013; 24: 2334-46.
38. Lazcano, E, Salazar, E. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud Pública de México* 2011; 43; 135-50.
39. Ulloa-Flores. Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud*; 2011; 34(5): 403-7.
40. Palanca M. Riesgo de suicidio en población pediátrica tratada con antidepresivos: impacto de la alerta de 2003 en la prescripción e investigación en eficacia y seguridad. *Rev Chil Pediatr*; 2011; 82(4): 277-88.
41. Chaskel, Roberto. Depresión en niños y adolescentes. *Acta*

Neurol. Colomb; 2006; 22(2): 195-200.

42. Brière FN. Reciprocal prospective associations between depressive symptoms and perceived relationship with parents in early adolescence. *Can J Psychiatry*. 2013; 58(3):169-76.
43. Mc Guinness TM, Gender differences in adolescent depression. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2012; 50(12):17-20.
44. Nair MK. Adolescent suicide: characterizing the need and identifying the predictive factors for preventive consultation or hospitalization in a rural community setting. *Int J Adolesc Med Health*. 2013; 25(1):81-6.

CAPÍTULO VII

ANEXOS

TEST DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 puntos - Ausente.

1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

Idea de suicidio

0 puntos - Ausente.

1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.

3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos - Intentos de suicidio.

Insomnio precoz

0 puntos - Ausente.

1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

0 puntos - Ausente.

1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

Insomnio tardío

0 puntos - Ausente.

- 1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.
2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

Problemas en el trabajo y actividades

- 0 puntos - Ausentes.
1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.
2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.
3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.
2 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

- 0 puntos - Palabra y pensamiento normales.
1 punto - Ligero retraso en el diálogo.
2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.
3 puntos - Diálogo difícil.
4 puntos - Torpeza absoluta.

Agitación

- 0 puntos - Ninguna.
1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

Ansiedad psíquica

- 0 puntos - No hay dificultad.
1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.
2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.
3 puntos - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.

Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
- Frecuencia urinaria.

- Sudoración.
- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - Ligera.
- 2 puntos - Moderada.
- 3 puntos - Grave.
- 4 puntos - Incapacitante.

Síntomas somáticos gastrointestinales

- 0 puntos - Ninguno.
- 1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2 puntos - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

Síntomas somáticos generales

- 0 puntos - Ninguno.
- 1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.
- 2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

- 0 puntos - Ausentes.
- 1 punto - Débiles.
- 2 puntos - Graves.
- 3 puntos - Incapacitantes.

Hipocondría

- 0 puntos - No la hay.
- 1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).
- 2 puntos - Preocupado por su salud.
- 3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
- 3 puntos - Ideas delirantes hipocondríacas.

Pérdida de peso (completar sólo A o B)

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

- 0 puntos - No hay pérdida de peso.
- 1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
- 1 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.

B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

- 0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).

2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

Insight (conciencia de enfermedad)

0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 punto - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 puntos - Niega estar enfermo.

El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro

Puntuación total	
Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

N° DE FICHA

EDAD: **SEXO:** Masculino Femenino

ADOLESCENTE:

DIAGNÓSTICO CONSIGNADO POR MÉDICO PSIQUIATRA:

- ☐ Trastorno depresivo mayor
- ☐ Trastorno depresivo no especificado
- ☐ Distimia

FACTORES DE RIESGO: (MARCAR CON UN ASPA)

INTRÍNSECOS:

A.- Antecedente de episodio depresivo previo en la persona: SI ☐ NO ☐

B.- Familiar de 1° grado con diagnóstico de trastorno depresivo con o sin tratamiento

Madre ☐

Padre ☐

Ambos ☐

EXTRINSECOS:

I- FAMILIARES:

A.- Disarmonía familiar: SI ☐ NO ☐

Divorcio o separación de los padres ☐

Familia uniparental por fallecimiento de uno de los padres ☐

Especificar: _____

B.- Enfermedad crónica grave de un familiar: SI ☐ NO ☐

Abuso de sustancias (Alcoholismo, drogadicción) ☐

Enfermedad médica (HTA, Diabetes, Cáncer, Insuficiencia renal) ☐

Especificar:_____

C.- Violencia intrafamiliar: SI ☐ NO ☐

Violencia física ☐

Violencia psicológica ☐

Violencia sexual ☐

Violencia física y psicológica ☐

Negligencia de los padres ☐

II.- *SOCIALES- ACADÉMICOS:*

A.- ESTRESOR SOCIAL: ☐ ☐

Conflicto con compañeros de clase ☐

Ruptura con la pareja sentimental ☐

Especificar:_____

FECHA DE LLENADO: DIA MES ☐ AÑO ☐

FIRMA Y NOMBRE DEL QUE RECOLECTA LA INFORMACIÓN.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____ A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada:

“Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I.E. Manuel González Prada en el 2015”

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confío en que la investigador(a) utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma: